№ 9. WARSZAWA, WRZESIEŃ 1935 ROK VII.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**


POTĘŻNA ZDOLNOSĆ POCHŁANIANIA
carbo medicinalis
„richter."
GRANULAE po 25, 50 i 100 GR.
PULVIS po 25, 50, 100, 500, 1000 GR.
FABRYKA CHEM. GEDEON RICHTER TOW. AKC. BUDAPESZT (WĘGRY)

№ 9. WARSZAWA, WRZESIEŃ 1935 ROK VII

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Z oddziału terapji fizykalnej w szpitalu na Czystem w Warszawie.

O STOSOWANIU LECZNICZEM BORYSLAWSKIEGO IŁU PLASTYCZNEGO*).

Podał
JULJAN ROTSTADT.
Kierownik Oddziału

Wśród zagadnień medycyny praktycznej doby naszej na plan przedni wysunęła się sprawa leczenia bodźcowego, względnie wstrząsowego.

I jedno i drugie wiąże się ściśle z wynikami badań nad anafilaksją, oraz stanami pokrewnymi. Wagę tych zjawisk pod względem leczniczym omawia ostatnio w piśmiennictwie naszem Zdz. Gorecki (O leczeniu bodźcowem i wstrząsowem chorób wewnętrznych. (Wykład. Lek. Wojsk. r. 1935, XXV Nr. 8).

Sprawa leczenia bodźcowego jest zbieżna z zagadnieniem pyretoterapji, gorączka bowiem sztuczna ogólna czy też tylko miejscowa, w odosobnionym odcinku ciała etapami wzniecana, jest niewątpliwie jednym z głównych elementów składowych terapji bodźcowej. Cel jej — wyzwolić z uśpienia siły obronne organizmu, by w zespole z innymi czynnikami klinicznego leczenia przyśpieszyć normalne gojenie stanu patologicznego tkanek

Wśród metod leczenia bodźcowego terapja fizykalna — w najszerszem tego słowa znaczeniu — zajmuje niewątpliwie pierwsze miejsce. Już zwyczajna kąpiel w wannie — pełna czy tylko miejscowa — stanowi leczenie bodźcowe, a stopień jego działania zależny przedewszyst-

*) Z kopalni wosku ziemnego „Borysław" w Borysławiu.

kiem od ciepłoty, oraz trwania zabiegu Tu możemy stosować wahania czasu o skali szerokiej, od sekund do wielu godzin, a ciepłoty od 12° C. do 45° C.

Jeżeli wyłączymy kąpiele obojętne o t° 34° — 35° C., to w każdej innej, podczas zabiegu i po nim, spostrzegamy odmienne, odrębne w nasileniu zjawiska fizjologiczne ogólne i miejscowe (Patrz praca z mojego oddziału: O znaczeniu stopniowania ciepłoty kąpieli wodnej, Kwartalnik kliniczny r. 1927)

To samo stwierdzamy z działania natrysków, błyskawicznych, krótkotrwałych, zimnych, gorących, szybkozmiennych — szkockich, parowych, oraz okładów zimnych, gorących, przegrzewających.

W działalności swej szpitalnej od wielu lat podkreślałem wagę w leczeniu przypadków pourazowych, — kostnych, stawowych, wzgl. pooperacyjnych — miejscowej terapji bodźcowej, hipertermicznej do zwalczania objawów bólowych, kurczowych, zastoinowych, zanikowych w mięśniach, oraz odżywczych w skórze i tkance podskórnej. Każdy chory tej kategorji był (i jest) przed wszelkim zabiegiem kinetycznym każdorazowo uprzednio poddawany stopniowanej terapji hipertermicznej. Dopiero po wstępnym zabiegu, wiotczącym odruchowe objawy kurczowe, łagodzącym bóle, poszerzającym łożysko krążenia krwi i chłonki, polecam mięsienie, ruchy bierne i czynne, zrazu ręczne, następnie na aparatach z obciążeniem lub bez niego. Metodykę postępowania fizykalnego w cierpieniach tych podałem w roku 1920, w szkicu odczytowym specjalnym (Lecznictwo szpitalne a fizykalna terapja. Kwartalnik Kliniczny r. 1922), a uzasadnienie podstaw jej znalazło wyraz w pracy z mojego oddziału (Cierpienia urazowe układu kostno-mięśniowego — jako zagadnienie fizjoterapeutyczne i chirurgiczne. R. 1927. Kwartalnik Kliniczny).

Ostatnio — w poszukiwaniu materjału dostatecznie podatnego, któryby się nadawał do miejscowych okładów plastycznych, bodźcowych, hipertermicznych, a dzięki swej lepkości jednolitej, spoistej, nieprzeszkadzał i w ruchach biernych maszynowych — zetknąłem się z iłem plastycznym borysławskim

Ił ten jest masą lepką, o barwie ciemno-szaro-zielonkawej, konsystencji maści, o zapachu, przypominającym nieco wosk ziemny i ropę naftową. Jest produktem, otrzymywanym — jako pozostałość odłączana — przy wytapianiu tłuszczu mineralnego, wosku ziemnego, t. zw. w chemji ozokerytu, wydobywanego w kopalnictwie z pokładami iłowymi, solankowymi i siarkowo-żelazistymi w Borysławiu (Podkarpacie) z głębi 180—350 m

Ozokeryt — wosk ziemny, podobny do wosku pszczelnego — o zapachu nafty — konsystencji tłuszczu, ma rozmaite zastosowanie techniczne; między innemi służy do konserwacji skóry, drzewa, izolacji dru-

tów elektrycznych i kabli, fabrykacji świec luksusowych, artykułów kosmetycznych — jako cerezyna (rafinat z ozokerytu), przy fabrykacji specjalnych papierów, impregnacji sukna, sztucznych kwiatów, w galwanoplastyce.

Przy jego wytapianiu z pokładów gleby, w specjalnych stożkowatych kotłach z wodą — przy temp. do 100° C — wosk ziemny (ozokeryt) — pochodny oleju skalnego — jako lżejszy i łatwiej topliwy (już przy 60°) odłącza się od wody, unosi na jej powierzchnię, skąd łyżkami dużemi jest zbierany przez topiarzy. Pozostałość wytopu, wrząca wpuszczana do specjalnych zbiorników i tam gromadzona — otrzymała skolei miejscową nazwę „iłu plastycznego“, którego skład chemiczny podaję niżej (Prof. Parnas, Lwów).

Ił ten nie jest bez znaczenia technicznego; ze względu na swą konsystencję mazi, nieprzepuszczalność wody, jest używany w przemyśle naftowym do zaparcia wody z głębszych pokładów w otworach świdrowych przy pracy wiertniczej w poszukiwaniu ropy.

A że jest masą plastyczną, tłustą, lepką, mieszającą się z wodą w każdym stosunku, zwolna stygnącą, zawierającą pozatem znaczną część organicznych składników, była i jest od wielu lat używana przez D-ra M. Teichera, lekarza, praktykującego w Borysławiu, do celów leczniczych w postaci okładów gorących w zapaleniu nerwu kulszowego ischias, we wszelkich zmianach stawowych podostrych i przewlekłych, w przypadkach chronicznego zapalenia dróg żółciowych i moczowych, w kamicy, w zapaleniu przydatków macicznych, naciekach, oraz w leczeniu trudno gojących się ran z odpowiednią domieszką. Dr. Teicher używał go z domieszkami i bez nich przez szereg lat zamiast mułu piszczańskiego i antiphlogistyny amerykańskiej w wyżej wspomnianych przypadkach z dobrym wynikiem. Nie mając własnego odpowiedniego urządzenia wodoleczniczego oraz dostatecznego i różnorodnego materjału klinicznego, przekazał dalsze badania wartości leczniczej — fizjoterapeutycznej — iłu plastycznego borysławskiego memu oddziałowi.

Badanie chemiczne iłu plastycznego dało wynik następujący:

(Odpis z Zakładu Chemji lekarskiej Uniwersytetu J.K. Lwów. Prof. Parnas).

Analiza iłu (Borysław):

Masa jednolita, szara, konsystencji plastycznej o zapachu ropy naftowej.

1. Wilgotność materjału : 25% H_2O
   (oznaczono przez suszenie na powietrzu).
   Następne *dane analityczne* (pod Nr. 2—9) odnoszą się do *substancji suchej* (wysuszonej na powietrzu do stałej wagi).

2. Ubytek H_2O przy suszeniu w 110° 2,7%
Ubytek przy żarzeniu w piecu (H_2O, CO_2 oraz związki organiczne) 10,9%
Dalszy ubytek CO_2 przy żarzeniu na Teclu 2,5%

razem 16,1%

zatem popiół : 83,9% substancji suchej.

3. Składniki *wyciągalne* wrzącą *wodą : 1,1%*
PH ekstraktu wodnego (i zawiesiny) *7,2%*
4. *Ekstrakt kwasem solnym* (4 godziny 10% HCl na łaźni wodnej): wykazano jony : Fe^{++} Al^{+++} Ca^{++}. Mg^{++}. znikome ślady Mn, (przy analizie nie uwzględniono).
Ti i ziemie rzadkie nieobecne.
stwierdzono bardzo małe ilości *chlorków, siarczanów i fosforanów.*
5. *Azot ogólny* (ślady NH_3) : 0,12%.
6. Humusowe kwasy — nieobecne.
7. Kwas węglowy związany (węglan) oznaczono zużyciem HCl 0,5 n: CO_2—9,6% (substancji suchej).
8. *Żelazo* (dwuwartościowe) wyciągalne kwasem solnym (oznaczono przez miareczkowanie nadmanganianem) FeO—2,6%.
Przeliczone na Fe_2O_3 (w odniesieniu do popiołu) — 3,4%.
9. *Zestawienie analizy ilościowej w odniesieniu do popiołu* z uwzględnieniem analizy wyciągu sporządzonego z substancji suchej kwasem solnym (obok analizy ogólnej przeprowadzonej po roztworzeniu popiołu węglanem sodowo-potasowym). Pozostałość niewyciągalna HCl — wyprażona — 77% popiołu.
10. *Zestawienie wyników analizy popiołu.*

		Wyciągalne HCl	Niewyciągalne HCl
SiO_2	56,5%	——	56,5%
Al_2O_3	15,40%	3,5%	11,9%
CaO	10,2%	7,5%	2,7%
Fe_2O_3	6,3%	4,6%	1,7%
MgO	3,0%	1,6%	1,4%
Na_2O, K_2O	8,6%	5,8%	2,8%
	100,00%	23,0%	77,0%

11. Ekstrakt benzolowy : z 54.71 g suchego iłu : 1.36 g., t. j. 2.48%. Suszony w 100° i próżni — Brunatna woskowa masa mięknie w 36°, w 69° tworzy jednolity płyn. Po zmydleniu alkoholowym KOH : ciała kwaśne zużywają na 1.3 :12.04 mg KOH. Odpowiada to liczbie zmydlenia VZ—9.


Somnacton
Klawe
Przy bezsenności
Tabl. po 0.1
Proszek do receptury

Badanie bakterjologiczne (Dr. Dworecki) borysławskiego iłu plastycznego zarówno do okładów, kąpieli, jak i przeznaczonego do „gojenia ran“ (z domieszką jodu, gliceryny i terpentyny) nie wykazało żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych, a w szczególności badanie biologiczne na laseczniki tężca — na myszach — dało również wynik ujemny.

Jest on więc aseptycznym, naturalnym składowym elementem produktów przemiany rozpadowej i twórczej, jakiej na głębokości 180—350 mtr. ulegają — śród stuleci —pokłady gleby, oraz przeżytych kształtów fauny i flory, skąd dziś wzmożone ciśnienie i gazy tłoczą na powierzchnię ziemi ropę naftową. Ił plastyczny zawiera elementy złożonej przemiany białkowej, węglowodanowej, oraz mineralnej.

Nie jest on zbliżony ani do borowiny z torfowisk żelazistych (np. Krynicy, Żegiestowa, Nałęczowa), siarczanych (np. Solca, Truskawca, Lubienia) i solankowych (np. Iwonicza, Ciechocinka). Nie jest też rodzajem osadu mułowego źródeł mineralnych siarczanych (Busko, Solec i t. p.), solankowych (Rabka, Ciechocinek i t. d.), ani też limanów, rzek, jezior. Jest natomiast swoistą lepką, tłuszczową masą iłową, kopalnianą, o cechach plastycznego gęstego roztworu koloidalnego, w którego popiole przeważają związki glino-krzemowe obok zwykłych krzemianów w połączeniach z Ca, Mg, Fe.

Ił na rany otrzymywałem w mniejszych i większych uszczelnionych puszkach blaszanych, czworokątnych z pokryciem uszczelnionem. Do okładów i kąpieli — w skrzyniach drewnianych — różnego kształtu, w których ił znajdował się w opakowaniu z papieru pergaminowego. I tu i tam miał zawsze konsystencję gęstej mazi szaro-zielonkawej, o zapachu wosku ziemnego.

Stosowałem go z wynikiem dodatnim — w kamicy, w przypadkach bólów pooperacyjnych, zrostowych w jamie brzusznej, w bólach zatok czołowych, w nerwobólu trójdzielnym, w porażeniu ostrem nerwu twarzowego (a frigore), w ostrem zapaleniu nerwów obwodowych, w pourazowych i pooperacyjnych cierpieniach stawów, kości i mięśni, w przewlekłych sprawach stawowych, rzeżączkowych, skazowych, w myalgjach, oraz w *leczeniu ran atonicznych;* w tych ze szczególnie dodatnim wynikiem.

Stosowano go albo bezpośrednio — w okładach naskórnych, gorących, przegrzewających, albo do kąpieli odcinkowych, komorowych przedramienia, podudzia, dłoni i stóp, albo do kąpieli nasiadowej (w cierpieniach narządów wydalania i stawów biodrowych), albo też wreszcie w postaci większych lub mniejszych materacyków (odpowiednio skrojonych), a zawierających ił. Materacyki te szybko we wrzącej wodzie rozmiękają i rozgrzewają się, poczem udaje się już łatwo ułożyć je plastycznie na odcinku chorym. W przypadkach pourazowych i pooperacyjnych, stawowych, gdy była już wskazana mechanoterapja, bardzo ko-

rzystne okazało się nakładanie przed rozpoczęciem zabiegu gimnastycznego (i pozostawianie go na czas trwania tego) okładu gorącego, opasanego na odcinkach kończyny tuż nad stawem i poniżej niego. Łagodziło to w wydatny sposób bóle kurczowe podczas pierwszych prób ruchów biernych i z obciążaniem.

Leczenie iłem plastycznym stosowałem u 56 chorych, przyczem wykonano u nich przeszło 700 zabiegów.

Ił w puszkach blaszanych, szczelnie zakrytych, nie wysycha miesiącami, zachowuje konsystencję maści, zawiera (na 1000) domieszkę 20,0 chemicznie czystej gliceryny, 10,0 ol terebinthinae rect. i 5,0 tinct. jodi. Tę postać iłu borysławskiego stosowałem wyłącznie na rany, przyczem dostrzegałem tu wyjątkowo dodatnie wyniki, szczególnie w trzech przypadkach bardzo opornych w gojeniu (patrz 2 szkice spostrzeżeń).

Na rany stosowałem go w stanie gorącym (gdy otaczająca ranę skóra była chora, to ostudzony, wzgl. chłodny), kładąc warstwę za warstwą bezpośrednio na ranę, lub przez gazę. Okłady pozostawiałem zwykle na 24 godziny, bez zmiany.

Już po pierwszych okładach zwracał uwagę szybko zmienny wygląd rany, jej znaczne zaróżowienie i względna suchość, która po każdym nowym okładzie wzrastała. Jest to bardzo korzystne zjawisko w leczeniu ran atonicznych, wrzodziejących. Rzecz ważna, aby okład gorący z iłu pokrywał — prócz rany — większą powierzchnię otaczającej zdrowej skóry, wówczas i tu udaje się wywołać przekrwienie czynne, a to jest najlepszym środkiem bakterjobójczym. Można efekt tego działania wzmóc, jeżeli jednocześnie wywoływać przekrwienie bierne (Biera) przez nakładanie kilkakrotnie w ciągu dnia opaski na górny odcinek chorej kończyny.

Domieszka gliceryny w ile plastycznym borysławskim wzmaga korzystnie jego wodochłonne właściwości. a jodu i terpentyny—prócz działania bakterjobójczego — wpływa drażniąco na powierzchnię atonicznej rany, pobudza wzrastanie ziarniny. Główną jednak rolę tu w działaniu bodźcowem, hipertermicznym, miejscowym, odgrywa przekrwienie. Pozatem w leczeniu ran wiotkich okładami iłowemi rzecz ważna, by stan skóry otaczającej był dobry.

Podkreślę tu jeszcze niezmiernie ważny moment techniczny w postępowaniu: nie należy kłaść iłu gorącego na skórę (ranę) zanim się uprzednio nie pokryje (osmaruje) odcinka chorego gęstą warstwą ostudzonego iłu; wytwarza to powłokę ochronną, na którą następnie dopiero, bez obawy oparzenia, można warstwę za warstwą nakładać ił gorący, by skolei pokryć odcinek chory nieprzemakalną tkaniną i opasać bandażem flanelowym, wełnianym, względnie i płóciennym*).

---

*) Metoda taka postępowania jest bezwzględnie wskazana i niezwykle celowa również we wszelkiej innej termoterapji borowinowej i mułowej. Należy

Rzecz tu bardzo ważna zaczynać zrazu od ciepłoty niższej okładu, podnosić temperaturę iłu stopniowo, szczególnie w zabiegach komorowych, dla kończyn, oraz w kąpielach nasiadowych i półpełnych iłowych. Po tych zabiegach wskazany jest wypoczynek 1—2 godzinny z zastosowaniem — częściowego lub całkowitego — kocowania napotnego, o ile podtrzymywanie sztuczne miejscowej czy ogólnej gorączki na czas dłuższy jest wskazane.

A oto w szkicu przebieg kilkunastu spostrzeżeń klinicznych:

Gr. G., l. 36. Unieruchomienie stawu nadgarstkowego prawostronnego po operacji ropowicy. 9.5.35 ograniczenie ruchów w stawach paliczkowych; blizny na stronie dłoniowej — jedna między dużym palcem a wskazicielem — zespolona z tkanką podskórną. Okłady iłowe od 1.6.35 bezpośrednio na skórę, po nałożeniu uprzednio warstwy ostudzonego iłu. Temperatura iłu 50—60^0. Już po drugim okładzie bóle mniejsze, sztywność słabsza, lepiej (bezpośrednio po zabiegu) palce zgina; bierne ruchy obszerniejsze i mniej bolesne. Ruchy mechanoterapeutyczne wykonywane na aparatach Zandera bezpośrednio po zabiegu łatwiejsze. 19.6 35. okład 20-ty, o t^0 50—60^0, zawsze bezpośrednio przed zabiegami mechanoterapeutycznymi: rozstawia i zestawia sprawnie palce u prawej dłoni, zbliża je do dużego, chwyta dłonią i trzyma mocno przedmioty, próbuje szyć.

Bir. It. l. 36. Post fracturam antibrachii sin. contractura ischaemica — po złamaniu obu kości w linji środkowej, a łokciowej w dwu miejscach. Nazajutrz gips (3 tygodnie); złe nastawienie. Operacja wyrównania; gips 6 tygodni; zdjęto go w połowie kwietnia 1935. 8.5 35 zgięcie stawu łokciowego do 60^0; rozgięcie — 150^0; ruchy stawu nadgarstkowego - - - paliczków - - - -, chwyt dłonią - - - -. Od 1.6.35 codziennie bezpośrednie okłady z iłu na całą dłoń i przedramię. 3.6. już znaczne zmniejszenie bólów w dłoni i całej kończynie. Ruchy tu już lepsze, chora podkreśla poprawę. 5.6. nawraca sprawnie przedramię; bierne ruchy palców coraz łatwiejsze. Ruchów czynnych jeszcze tu brak - - - -. Bardzo bolesna dotąd sztywność palców dłoni znacznie mniejsza. 17.6. poprawa znów zaznaczona: 19.6. zbliża już łatwo duży palec do 2—3-go. Nawraca i odwraca przedramię Zgina łokieć do 30^0. Bóle, sztywność znacznie osłabły. Zaczyna władać dłonią w pracy codziennej.

Wic. Dor. l. 26. Studentka. Fractura humeri dextra supracondyloidea 5.5.35. — 11.5. gips; po dwóch tygodniach go zdjęto. 13.6. zgina łokieć prawostronny do 90^0, rozgina do 160^0. Zanik mięśni ramienia

---

przestrzegać jej — jako prawidła — w lecznicach balneologicznych i w zdrojowiskach, gdzie są czynne zakłady borowinowe i mułowe. Chory bezpośrednio przed zabiegiem, zanim zanurzy się go w kąpieli borowinowej, nasiadowej, półpełnej itp., powinien być uprzednio osmarowany suto borowiną, wzgl. mułem, iłem. [Odsłoniętą pozostaje zawsze tylko klatka piersiowa z przodu i dołek podsercowy:].

i przedramienia. 21.6. pierwszy bezpośredni okład iłu na staw łokciowy i $^2/_3$ dolne ramienia a górne przedramienia Po zdjęciu okładu (1½ godz.) trwa uczucie dobrego ciepła w ciągu 1½ godziny. Najbliższej nocy po tym okładzie — pierwszy raz od wielu tygodni — lepiej spała, kończyna mniej drętwiała, nie tak bolała, nie odczuwała potrzeby ciągłego jej poruszania, by zmniejszyć sztywny ból w łokciu — z odrętwienia. 22.6. porusza staw łokciowy lepiej. 24.6.— po 4 okładach iłu wciąż postępująca poprawa: bóle już znacznie mniejsze; poprzedniej nocy kończyna już nie drętwiała zupełnie, całą noc przespała. Od 26.6. jednokomorowe kąpiele iłowe $t^0.50^0$ z nałożeniem opaski gumowej na górną 1/3 ramienia wśród zabiegu (czas — 1 godz.); temperaturę iłu utrzymywano cały czas na poziomie 50^0 C. Polecono chorej wykonywać wśród zabiegów dłonią i palcami ruchy. 4.7. postępująca szybko poprawa ruchów. Pracuje już dłonią, pisze.

Z. T. l. 35. Luxatio cubiti dextri (bez złamań). Nastawienie, unieruchomienie trzydniowe. 12.6. zgina staw łokciowy do 90^0, prostuje do 160^0; znaczny obrzęk stawu; ruchy bierne bardzo bolesne. 17.6. pierwszy okład iłu; wśród zabiegu i bezpośrednio po okładzie (1½ godz.) bóle i odrętwienie mniejsze. Ruchy bierne na aparacie Zandera znacznie łatwiejsze. Po 3-cim okładzie wyraźny spadek obrzęku i poprawa ruchów. Ciepło okładu odczuwa 1 — 1½ godz. po zabiegu. Od 1.7. jednokomorowa kąpiel iłowa (1 godz.), o $t^0 50^0$ C., z opaską Biera na ramieniu; ruchy czynne wśród zabiegu. Szybko postępująca poprawa. 4.7. prostuje zupełnie staw łokciowy. Ćwiczenia mechanoterapeutyczne (dla łokcia) wraz z okładem gorącym iłowym, nałożonym na ramię i przedramię, znacznie łatwiejsze, mniej bolesne.

Obr. Ł. lat 20. Operacja post. traum. ossium crur. sin. 28.5. 1934. 1.2. 1935 bóle w lewem kolanie większe niż przed operacją. Chroma (lewa kończyna dolna krótsza). Leczenie zwykłe fizykalne do 9.6.35. Od tej daty iłowe okłady, codziennie, o t. 50^0 C. bezpośrednio na staw kolanowy i 2/3 dolne uda a górne podudzia. Postępująca stopniowo poprawa, wciąż bardziej zaznaczona; zgina coraz lepiej kolano, bóle mniejsze; coraz lepiej i więcej chodzi.

Fisch. R. l. 42. Contractura digitorum manus dextr. post. opert. phlegm. (1.1. 1935 w szpitalu na Czystem). Po dwu tygodniach zagojenie rany. 2.6. ruchy stawu nadgarstkowego + — — — zestawia palce dobrze, rozstawienie + + — — prostowanie + + — — bierne ruchy. + + + Odrętwienie dłoni; znieczulenie u opuszki III palca. Od 2.6. codziennie okłady z iłu; już po pierwszym prostuje lepiej palce, bóle mniejsze. 17.6. 1935 stosuje okłady w domu; postępująca poprawa.

Zal. J. I. 23. Periarthritis gonococcic articulationis manus dextr. (od 8.9. 1935) T^0 do 40^0; zrazu zajęte wszystkie stawy kończyn dolnych, mniej górnych. Leczona prawidłowo (szczepionki, diathermia, gimna-

styka, męsienie, zabiegi hipertermiczne i hiperemiczne). 6.6. staw bardzo bolesny, cała dłoń w obrzęku. Od 6.6. okłady iłowe na dłoń i przedramię; po sześciu okładach czuje się „o wiele lepiej"; ruchy obszerniejsze, znacznie mniej bolesne. Bezpośrednio po czwartym okładzie (2 godz.) — ręka „lżejsza", obrzęk o ½ mniejszy; ruchy coraz lepsze. 25.6. znaczna poprawa, zaczyna znów pisać na maszynie; obrzęku niema.

Kor. Mar. l. 22. Coxitis sin. postinfect. (Go?) — od trzech lat. Rtg.: arthritis deformans. 12.12. 34 redressement forcé; po zabiegu chodzi, zgina staw do 40°; z trudem siada. Od 19.6.35 okłady bezpośrednio na skórę z iłu, opasujące ½ poziomu miednicowego i 2/3 górne uda lewego (2 godz.). temp. 50°, po każdorazowem zawsze wstępnem pokryciu ochronnem całej wskazanej powierzchni warstwą ostudzonego iłu, następnie ścisłe obandażowanie flanelowe, na to koc, suchy, częściowy — w ułożeniu półleżącem. 22.6. już znaczna ulga, bóle mniejsze, kończyna nie sztywnieje tak boleśnie, jak dotąd z bezruchu w nocy i nad ranem. Od 1.7. nasiadowe 1-ogodzinne kąpiele iłowe (50°—60°) po uprzedniem pokryciu dolnej części brzucha i ud warstwą ochronną ostudzonego iłu. Ruchy obszerniejsze, chód sprawniejszy, przychodzi z miasta codziennie na kąpiele iłowie i już nie o kiju.

Gaj. R. l. 30. Neuralgia nervi trigemini dextr. supraorb. Po 6 okładach gorących iłowych znaczne osłabienie bólów (stosuje nadal okłady w domu).

N. M. l. 20. Rana ropawa, atoniczna; 6 cm. długa, 1½ cm. szeroka, pod kolanem w linji środkowej, w miejscu operacji (w lutym 1935) z powodu przewlekłej ropowicy — po róży, zapaleniu gardła i innych objawach ogólnego zakażenia. Gdy przybyła w lipcu z przychodni szpitala na Czystem zastosowano zrazu tylko leczenie promieniami chemicznymi, termicznymi obok przekrwienia biernego. Rana zaczęła się dobrze i szybko oczyszczać, zmniejszać Po dwóch tygodniach rozpoczęto stosowanie okładów iłu gorącego, na 24 godzin, bez jakichkolwiek innych środków miejscowych. Dziś — 18.8 1935 r. rana zupełnie zagojona. (Rozpoczęto energiczną pyretoterapję miejscową i mechanoterapję, by powiększyć wymiar zgięcia zesztywniałego z bezruchu kolana). Nie było tu po zastosowaniu iłu żadnych odczynów ogólnych, a znamienne było szybkie i wybitne działanie ściągające i suszące; ił gorący kładziono wprost na ranę oraz na otaczającą tkankę zdrową.

Kol. Tom. l. 26. Stat. post. fractur. et phlegm. crur. dextr. (marzec 1934). 5—6 tygodni gips, — poczem długotrwałe ropienie z kilku ran na podudziu. Od 13.11.34. leczenie fizykalne ran wiotkich według planu stale stosowanego na oddziale (patrz pracę oddziałową „Leczenie ran wiotkich atonicznych" r. 1934. Kwartalnik Kliniczny). Do końca 4.35 udało się zagoić prawie wszystkie rany. Pozostała jedna 6 cm. długa, 1½ cm. szeroka. Od 7.5. leczenie jej okładami iłu na rany (z domieszką

gliceryny, terpentyny i jodu). Technika: zrazu przez warstwę gazy, a następnie i bez niej; pokrycie skóry warstwą cienką iłu ostudzonego, a potem warstwą grubą o temp. coraz wyższej 50°—60° C. Poprzez pierwszą warstwę ochronną chory odczuwa dopiero po kilku minutach wzrastające wciąż ciepło; następnie obandażowanie płócienne, wzgl. flanelowe na 24 godz. 9.5. okład bezpośrednio na ranę *już zupełnie suchą* i zaróżowioną. Po 12-tu okładach bezpośrednich rana zagojona. Żadnych powikłań. Gładka blizna, trwała. 15.8. chód sprawny, bóle w podudziu, stopie, ustały zupełnie.

Z. J l. 21. Paralysis nervi radialis dextr. toxica et e compressione post. abus. alcohol. Spirochaetosis seropositiva. W 4 mies. r. b. po nocy porażenie kończyny górnej prawej, dłoni i palców; objawy znamienne dla porażenia nerwu promieniowego. Od 12.5. 1935 okłady bezpośrednie iłowe na dolne pół ramienia i górne przedramienia (t. 50—60°) po nałożeniu ochronnej warstwy ostudzonego iłu. Bezpośrednio po zabiegach iłowych mechanoterapja, mięsienie. 26.5.35. wypisany ze szpitala z ręką prawą w ruchach sprawną; powraca do zajęć fryzjera.

Rol. W. l. 48, stolarz. W kwietniu 1935 upadł, oparł się na prawej dłoni. Po 2 tyg. ból ramienia, zrazu na przyśrodkowej stronie, następnie całego ramienia i pół pasa barkowego Ruchy tu ograniczone. Rtg. — bez zmian urazowych kostnych; w częściach miękkich tuż u tuberculum majus kilka drobnych ognisk zwapnienia. Od 17.6. 1935 bezpośrednie okłady iłowe na prawostronny staw barkowy. Zrazu bez poprawy; bóle szczególnie w nocy i w ruchach. 19.7. uważa, że mu okłady iłowe pomagają; bóle znacznie osłabły, ma w stawie uczucie ciepła 2 godz. po zdjęciu okładu; ruchy ku tyłowi wolniejsze. 21.7. znaczna poprawa wszystkich objawów; już cała kończyna nie boli, lecz tylko u stawu barkowego. Sypia lepiej, odrętwienie kończyny z bezruchu nocnego znacznie mniejsze. Wraca do pracy.

Rab. St. l 30. Pes valgus (operatio). Status post resection. tarsi sin. (5.10.1934). Po operacji gips; zdjęto go 10.2.1935. Ruchy stawu skokowego bardzo ograniczone, a palców u stopy +++ —, ruchy boczne stopy — O. Bóle znaczne w miejscu blizny pooperacyjnej. Od 13.5.1935. okłady iłowe i kąpiele iłowe jednokomorowe. 14.6. bóle w obrębie szwu pooperacyjnego ustały; boli jeszcze wciąż kostka wewnętrzna u stopy (3 godziny czuje ciepło po zabiegu). Uczucie darcia w palcach osłabło. Lepiej chodzi, bólów niema.

Zaj. Abr. l. 44, krawiec. Omarthritis sin. (sypiał przy otwartym oknie). 21.6. po ośmiu bezpośrednich okładach iłowych podnosi ramię do poziomu pasa barkowego, ból łopatki ustąpił; pozostał jeszcze w przedramieniu z zewnętrznej strony. Wraca do pracy.

Wziąwszy pod uwagę doświadczenie zdobyte w badaniach dotych-

czasowych, mogę opinję i ile plastycznym borysławskim ująć we wnioskach następujących:

Dzięki konsystencji stałej, maziowej jest on b. dobrym środkiem do miejscowych okładów i kąpieli iłowych odcinkowych; miesza się łatwo z każdą ilością wody (wzgl. gliceryny) zimnej, ciepłej lub gorącej, przyczem zachowuje konsystencję maziową, mniej lub więcej gęstą, o barwie szarawo-zielonkawej. Zarówno w stanie suchym, jak i zagrzanym do 60—70° C., nie wydziela woni ani przykrego zapachu nafty; plamy po nim można usunąć zarówno wodą zimną, jak i ciepłą, jednakowo szybko i łatwo, wystarcza zlekka przepłukać miejsce poplamione; zmyć go łatwo z powierzchni ciała gąbką w wannie lub pod natryskiem ciepłym — bez śladu.

Ił w puszkach metalowych (z domieszką gliceryny, jodu i terpentyny) może być w nich łatwo grzany na łaźni wodnej — w odpowiedniem naczyniu — do t. 60—75° C. w ciągu ½ do ¾ godziny; po godzinie t° iłu w puszce ma jeszcze 45° C. Prędzej, gdy trzeba, udaje się zagrzać ił z domieszką gliceryny, jodu i terpentyny (na rany) w małych słoikach z korkami szklanymi.

Pozostawiony odsłonięty czas dłuższy na powietrzu, wysycha do stanu jednolitej kruchej masy glinkowej, lecz dość najmniejszej ilości wody, wzgl. gliceryny, aby odzyskał konsystencję lepkiej masy maziowej (wzgl. maści). Ogrzewany w naczyniu emaljowanem do 70—80° C. nie wybucha, ani też nie wydziela woni nieprzyjemnej.

Może być w pierwszym rzędzie używany do leczniczej wodnej kąpieli w wannie (do pasa lub do brodawek, wzgl. półpełnej) jak zwykła borowinowa — mułowa. (2 kostki po — mniej więcej — 15 kg. na wannę). Domieszka iłu wpływa tu bardzo korzystnie na łatwiejsze zniesienie kąpieli hipertermicznych (38°—45° C.).

Okazał się też podatnym materjałem do okładów gorących; utrzymuje długo ciepło — w ciągu 1½—2—3 godzin. Wywołuje bardzo żywą reakcję przekrwieniową; po zdjęciu okładu trwa ona kilka godzin. Przy odpowiedniem kocowaniu może służyć do napotnej terapji. W postaci okładów gorących nadaje się w pierwszym rzędzie do stosowania w przypadkach pourazowych, wzgl. pooperacyjnych, do kompresów na odcinkach stawowych, które były z konieczności unieruchomione w gipsie, lub w inny sposób na czas dłuższy. Okłady te łagodzą objawy wtórne spastyczne pochodzenia bólowego, zmniejszają uczucie związania, sztywności w stawach chorych, łagodzą bóle; stosowane w przypadkach pourazowych z wieczora i na noc wracają choremu zaburzony sen (patrz wyżej odnośne spostrzeżenia). Okłady takie gorące mogą być nakładane na odcinki stawowe każdorazowo jednostronnie lub dwustronnie — bezpośrednio przed zabiegami mechanoterapeutycznymi na aparatach Zandera — i pozostawione na czas zabiegu. Ułatwia to pierwsze próby

ruchów biernych; może niekiedy wyłączyć potrzebę zastosowania środków znieczulających (kokainy) u chorych bardzo wrażliwych i opornych.

Ił plastyczny borysławski jest dobrym materjałem do okładów stałych — w postaci materacyków rozmaitego kształtu i wielkości — na stawy: kolanowy, skokowy, łokciowy, nadgarstkowy, barkowy, wzdłuż całego kręgosłupa, na okolicę pasa miednicowego. Materacyki te (stebnowane, pikowane) należy przed użyciem zagrzać do 60—70° C. w naczyniu z niewielką ilością wrzącej wody, poczem poprzez warstwę suchej gazy, wzgl. jeszcze lepiej — *warstwę uprzednio nasmarowanego na gołe ciało ostudzonego iłu* — kłaść je na chory odcinek stawowy (3/4 jego) pokryć ceratką nieprzemakalną i opasać flanelowym bandażem. Okłady stałe mogą być przez tego samego chorego używane wielokrotnie; szczególnie nadają się do okładów na czas nocy, a w praktyce prywatnej w okresie zimowym. Ił borysławski — w okładzie gorącym bezpośrednim — plastycznie układa się na powierzchniach nierównych, jako środek znieczulający, przeciwbólowy — np. w neuralgji nerwu trójdzielnego i — jako miejscowy środek hipertermiczny, — w przypadkach odcinkowych porażeń atonicznych, a frigore (np. paralysis nervi facialis peripherica), uciskowych i toksycznych (paralysis nervi ulnaris, radialis i peronei). Pozatem jest wskazany do okładów bezpośrednich w sprawach stawowych podostrych i przewlekłych, wymagających postępowania metodycznego bodźcowego, pyretoterapeutycznego, przed mobilizacją stawu.

Warstwy iłu gorącego, nakładane zwolna, jedna na drugą, dają znaczną ulgę w przypadkach kolek, zrostów i bólów w jamie brzusznej. Pokryte ceratką i obandażowane flanelą lub wełną mogą w ciągu kilku godzin zastępować zwykłe okłady rozgrzewające.

Ił okazał się też dobrym materjałem do kąpieli jednokomorowych (przedramienia, podudzia) i kąpieli nasiadowej; w tej ostatniej postaci staje się środkiem, sprzyjającym resorbcji, przeciwbólowym, w cierpieniach narządów miednicowych, oraz w sprawach pourazowych, wzgl. pooperacyjnych, na stawach biodrowych, wymagających przyśpieszonego uruchomienia. Po zabiegu w kąpieli iłowej (o stopniowanej zawsze temperaturze od 40°—45°—50° C. 1/2—3/4—1 godzinnej) należy dawać choremu obocznie kąpiel ciepłą wodną, wzgl. natrysk ciepły (35°—38° C.). Bezpośrednio po zabiegach należy zastosować odpoczynek, a gdy jest wskazane, uzupełnić go jeszcze kocowaniem napotnem, na godzinę - dwie, z piciem napojów gorących.

Stosowanie iłu, wskazane wyżej, wymaga specjalnego sprzętu i małego gospodarstwa kuchenkowego.

Zabiegi iłowe wymagają specjalnej techniki postępowania:

1. Rozrabiać ił należy zawsze zwolna, niewielką ilością wody ciepłej, gorącej lub wrzącej, wzgl. gliceryny, w odpowiedniem naczyniu emaljowanem, aby utrzymać stale konsystencję maziową.

2. Temperatura iłu zagrzanego do użycia nie powinna przekraczać 60°—70° C.; należy go zawsze wprzód dobrze rozrobić, zmieszać, zwł. do kąpieli gorących komorowych, a szczególnie nasiadowej i półkąpieli, a do tych używać wanienek kamiennych lub drewnianych, metalowe bowiem wanny czernieją.

3. Ił plastyczny z domieszką gliceryny, jodu i terpentyny na rany i śluzówki (tampony pochwowe) może być — gdyby był przypuszczalnie zanieczyszczony — w małej ilości przed każdem użyciem wyjaławiany w szklanem naczyniu w ciągu 15 minut O ile staje się zbyt gęsty, dość dodać kilkanaście kropel gliceryny chemicznie czystej, wzgl. i kilka jodu. O ile wokół rany skóra nie jest zmacerowana — należy kłaść i na nią ił gorący (42°—55° C.).

W planie dalszego badania będzie tu przedewszystkiem leczenie ran iłem borysławskim, naświetlanym przed lub śród zabiegu promieniami chemicznymi i termicznymi *obok jednoczesnego stosowania w odcinku chorym przekrwienia biernego.* Podkreślam zawsze w pracy oddziału nad leczeniem ran wiotkich, atonicznych wybitne znaczenie lecznicze i odżywcze tłoczenia z otaczających zdrowych tkanek (zapomocą opaski Biera) surowicy, wzgl. osocza krwi oraz chłonki, które — jak to stale obserwować można — śród zabiegu tego kroplami ożywczej rosy spadają na ranę („płaczem ran" —zjawisko to nazwałem).

Rzecz tu ważna nie poszukiwanie specyfiku na rany, lecz, przeciwnie, przez stosowanie zespołu zabiegów uzupełniających, należycie sharmonizowanych, stworzenie pewnego środka leczniczego, racjonalnej metody postępowania, aby w czasie jak najkrótszym (a to tu najważniejsze) ranę zagoić.

W zespole takich zabiegów, oraz w pyretoterapji wogóle, ił plastyczny borysławski stać się może, sądzę, bardzo pożytecznym środkiem fizjoterapeutycznym. Wagę ma jeszcze i tę, że jest produktem naturalnym i krajowym*).

Z Oddziału Wewnętrznego Szpitala Św. Ducha w Warszawie.

DZIAŁANIE „SYNPECTOLU" JAKO ŚRODKA WYKRZTUŚNEGO.

podał
Dr. Med. Zdzisław Sokołowski
Kierownik Oddziału Dr. Med. Wacław Kowalski.

U chorych cierpiących na przewlekłe schorzenia oskrzeli i płuc najbardziej męczącym objawem jest uporczywy kaszel, połączony z trudnem

*) Kopalnia wosku ziemnego „Borysław" w Borysławiu.

odkrztuszaniem gęstej, ciągnącej się plwociny, zmuszający nas do stosowania najrozmaitszych środków wykrztuśnych.

Obok licznych znanych już i wypróbowanych środków wykrztuśnych ukazał się nowy preparat „Synpectol“ firmy Klawe. W skład preparatu wchodzą: Calc. sulfocresolic, Calc. benzoic., Nart. silicic, Glycyrihiz. amınon., Corrigentia.

Środek ten był stosowany u chorych z gruźlicą płuc z równoczesnym przewlekłym stanem zapalnym oskrzeli, skarżących się na zaleganie i ciężkie odkrztuszanie plwociny oraz stałe pobudzanie do kaszlu zalegającym śluzem.

Synpectol podawano przed jedzeniem 3—4 razy dziennie łyżkę deserową z niewielką ilością wody przez okres około 6 tygodni. Innych środków nie podawano, za wyjątkiem środków przeciwgorączkowych, gdy zaszła tego potrzeba. Ogółem podawano Synpectol 23 chorym z gruźlicą płucną mniej lub więcej daleko posuniętą.

Dla ilustracji podaję krótki przebieg choroby kilku przypadków.

Przypadek I. Dane z dn. 2.VI.35 r. Chory Józef K., l. 30, robotnik. L. 1549/84/35. Choruje od roku, gorączkuje do 39° C., poci się, osłabł bardzo i schudł. Kaszel męczący z plwociną, którą ciężko odkrztusza. Bóle w dołku podsercowym szczególnie po jedzeniu. Apetyt średni. Stolec codziennie. Mocz oddaje prawidłowo w średniej ilości. Sen przerywany z powodu kaszlu. Rentgen: górna połowa prawego pola płucnego intensywnie plamisto i smugowato zacieniona, w szczycie widać dużą jamę, nieco poniżej mniejszą. Dolne części prawego pola płucnego oraz płuco lewe przejrzyste o bogatym rysunku drzewa oskrzelowego. Przepona po str. prawej nieco mniej ruchoma.

Rozp. Phtihisis pulmon decl. fibrosocaseoso-cavernosa dextr. progr. Temp. 38,1 tętno 92 na 1‘ średnio napięte i wypełnione. Waga 49,5. Obwód klatki piersiowej przy wdechu 87, przy wydechu 82,5 cm. Wymiar przednio tylny 22, poprzeczny 29. Objętość życiowa płuc (mierzona spirometrem Barnesa) 2100 cm^3. Odczyn Pirquet‘a +++. Plwocina 50 $cm.^3$ śluzoworopna, nieco cuchnąca. Prątki Kocha 1—5 w polu.

Mocz — dobowa ilość 1200 $cm.^3$ kwaśny c. g. 1025 bez składników patologicznych.

Krew Hb 100%. Czerwonych ciałek 3.710.000. Białych ciałek 7.500.
Neutrofilów 68%.
Limfocytów 31%.
Monocytów 1%.
Eozynofilów i Bazofilów 0%.

Opadanie krwinek wg. Westergrena: po 1 godz. 58; po 2 godz. 96; po 24 godz. 130.

Chory nie zgodził się na założenie odmy prawostronnej. Choremu podawano „Synpectol“ od 6.VII. — 19.VIII.35 r. w sposób wyżej podany.

Po kilku dniach stwierdzono osłabienie kaszlu, łatwe odkrztuszanie plwociny w tej samej ilości. Również przez cały okres czasu odkrztuszanie plwociny było tak łatwe, że wystarczało do tego lekkie chrząknięcie. Apetyt poprawił się. Chory przybywał na wadze około ½ kg. tygodniowo; temp. 36,1 — 37. Moczu około 1500 cm.^{3} na dobę, stolec codziennie. Sen dobry. Samopoczucie dobre.

Dn. 19.VIII.35. Kaszel niemęczący, plwocina b. lekko odchodzi 40 cm.^{3} na dobę, temp. 36,1, wieczorem 37, tętno 88 na 1' średnio napięte i wypełnione. Waga 51,3 kg. Sen dobry. Samopoczucie dobre. Duszności nie odczuwa. Bólu gniotącego w dołku podsercowym po jedzeniu nie odczuwa. Wymiar kl. piersiowej przy wdechu 88 cm., przy wydechu 83 cm. Wymiar przednio-tylny 22,5 cm., poprzeczny 27 cm. Objętość życiowa płuc 2200 cm.^{3}

Mocz — dobowa ilość 1500 cm.^{3}, cg. 1020, kwaśny, bez składników patologicznych

Plwocina — ilość dobowa 40 cm.^{3}, śluzowo-ropna, niecuchnąca.

W rozmazie przewaga neutrofilów nad limfocytami.

Prątki Kocha 1—6 w polu widzenia.

Krew Hb 103%. Czerwonych ciałek 3.940.00. Białych ciałek 7.600.

Neutrofilów 66%. Limfocytów 32%. Monocytów 2%. Eozynofilów 0%. Bazofilów 0%.

Opadanie krwinek wg. Westergrena po 1 godz. 54; po 2 godz. 93,5; po 24 godz 124.

Przypadek II. z dnia 2.VII. Józef S. l. 45, mechanik. L. 1551/86/35. Choruje od 7 lat. Nie gorączkuje, b. osłabiony, odpluwał krwią, poprzednio miał kilka obfitych krwotoków (1—2 szklanki). Kaszle dużo, kaszel męczący. Skargi na niemożność odkrztuszania zalegającej ciągnącej się plwociny. Odpluwa dziennie około 50 cm.^{3} plwociny. Duża duszność. Brak snu. Męczy się b. szybko. Apetyt średni. Stolec codziennie. Mocz 3—4 r. dziennie w średniej ilości.

Rentgen: Przepona po stronie prawej ustawiona bardzo wysoko, ruchy jej paradoksalne. Kąt przeponowo-żebrowy prawy zaciągnięty. Prawe pole płucne na całej przestrzeni, a zwłaszcza w górnej części intensywnie plamisto i smugowato zacienione. Pole płucne lewe przycienione smugowato. Serce o wymiarach powiększonych. Naczynia duże nieco przemieszczone w prawo.

Rozpoznanie: Phthisis pulm. fibrosocaseosa. progr. chronice. Myodegeneratio cordis. Tem 36,1 wieczorem 37, tętno 92 na 1' dość słabo napięte i wypełnione. Waga 56 kg. Obwód klatki piersiowej przy wdechu 89 cm., przy wydechu 87 cm. Wymiar przednio-tylny 21,5 cm., poprzeczny 28 cm. Objętość życiowa płuc 1500. Odczyn Pirquet'a +++.

Plwocina — ilość dobowa 50 cm.^{3}, śluzowo ropna, ciągnąca się.

W rozamzie b. liczne limfocyty, nieliczne neutrofile, prątki Kocha 15—20 w polu widzenia.

Mocz — ilość dobowa 1250 cm.^{3}, cg 1019, kwaśny bez składników patologicznych.

Krew Hb 95% czerwonych ciałek 3.630.000 Białych ciałek 7.000 Neutrofilów 73%, limfocytów 25%, eozynofilów 1%, bazofilów 0%.

Opadanie krwinek wg. Westergrena: po 1 godz. 70; po 2 godz. 108; po 24 godz. 130.

Choremu podawano Synpectol od 6.VII. do 19.VIII.1935. Zaobserwowano: temp. 36,2—36,7. Tętno 82—92 na 1' dość słabo napięte i wypełnione. Lekkie odkrztuszanie plwociny w ilości około 40 cm.^{3} na dobę. Kaszel o ½ mniejszy. Polepszenie apetytu Nieznaczny przyrost wagi. Duszność mniejsza. Sen średni. Stolec prawidłowy. Nieco zwiększona dobowa ilość moczu. 1300—1500 cm.^{3}

Dn. 19.VIII.1935. Apetyt dość dobry Duszność mniejsza. Plwocina odchodzi lekko 30 cm.^{3} na dobę. Kaszel o ½ mniejszy niż przed miesiącem. Stolec normalny. Śpi dość dobrze Ilość dobowa moczu 1500 cm.^{3}, temp. 36, tętno 88 na 1' nieco gorzej napięte i wypełnione. Waga 56,3 kg.

Obwód klatki piersiowej przy wdechu 89,5 cm., przy wydechu 88 cm. Wymiar przednio-tylny 22 cm., poprzeczny 28. Objętość życiowa klatki piersiowej 1500 cm.

Plwocina — ilość dobowa 30 cm.^{3}, śluzowo ropna. W rozmazie b. liczne limfocyty i niezbyt liczne neutrofile. Prątki Kocha 15—20 w polu.

Mocz — ilość dobowa 1500 cm.^{3}, cg. 1012, bez skł. patalog.

Krew Hb 86%. Czerwonych ciałek 3.900.000 Białych ciałek 7.300. Neutrofilów 86%, Limfocytów 24%, Eozynofilów 1%, Bazofilów 1%, Monocytów 0%.

Opadanie krwinek wg. Westergrena: po 1 godz. 69; po 2 godz. 108; po 24 godz. 130.

Przypadek III z dn. 2.VII. Kazimierz M., l. 24, szewc. L. 1523/71/35. Choruje od kilku lat, schudł i osłabł Temp. do 39°C. Ból w klatce piersiowej po stronie prawej, krwią nie odpluwał. Kaszel suchy, męczący, z ciężko dającą się odkrztuszać plwociną do 150 cm.^{3} na dobę. Apetyt zły. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Sen dobry.

Rentgen: Przepona wolna. Prawe pole płucne w górnych 2/3 dość intensywnie smugowato i plamisto zacienione. W pobliżu wnęki prawej na poziomie czwartego międzyżebrza widać jamę wielkości monety 5 zł. Rysunek płuca lewego w okolicy podobojczykowej wybitnie wzmożony. Rozp. Phihisis pulmon. utr. decl. fibrosocaseosa cavernosa dextr. pr.

Temp. 37,8, tętno 88 na 1' średnio napięte i wypełnione, waga 48 kg., obwód klatki piersiowej przy wdechu 84,5 cm. przy wydechu 79,5

cm. Wymiar przednio tylny 19,5 cm., poprzeczny 28 cm. Objętość życiowa płuc 2500 cm.^{3} Odczyn Pirquet'a.

Plwocina — ilość dobowa 146 cm.^{3} śluzowo-ropna, nieco cuchnie. W rozmazie przewaga neutrofilów nad limfocytami. Prątki Kocha 40—50 w polu. Mocz — ilość dobowa 1100 cm.^{3} cg. 1015, kwaśny bez składników patologicznych.

Krew. Hb 105%	czerwonych ciałek	3.380.000
	białych „	6.700

Opadanie krwinek wg. Westergrena po	1 godz.	51
	2 „	86
	24 „	121

Neutrofilów 69%, Limfocytów 26%, Monocytów 4%, Eozynofilów 1%, Bazofilów 0%.

Od 6-VII do 19-VIII-1935 choremu podawano Synpecol 4 × dz. łyżkę deserową przed jedzeniem. Po 2-ch dniach zauważono lżejsze odkrztuszanie plwociny i nieco mniej męczący kaszel. Dn. 9. VII założono choremu odmę prawostronną, którą co pewien czas dopełniano:

9 VII	I Odma prawostronna	600 cm^3.		cp — 12.
				ck — 2
16 VIII	II Odma „	900	„	ck — 2
				c k o
23 VII	III Odma „	1050	„	cp — 6
				ck + 2
6 VIII	IV Odma „	900	„	cp — 6
				ck + 2
21 VIII	V Odma „	600	„	cp — 3
				ck + 2

Przez cały okres leczenia chory czuł się dość dobrze. Apetyt poprawił się, ilość plwociny zmniejszyła się do 35 cm.^{3} na dobę, odchodzi b. lekko, nie cuchnie. Waga bez zmiany. Śpi dobrze. Ilość dobowa moczu 1400 cm.^{3}. Temp. nie przekracza 38°C. Tętno 100-120 na 1' średnio napięte i wypełnione. Duszności nie odczuwa. Samopoczucie dobre.

Dn. 19. VIII. 1935. Apetyt średni, lekki ból w okolicy V żebra w linji pachowej prawej. Plwociny oddał 30 cm.^{3} na dobę. Odpluwa b. lekko. Kaszel mniejszy. Duszności nie odczuwa. Stolec normalny. Samopoczucie dobre. Temp. 36,6, w nocy 37,6. Tętno 112 na 1' średnio napięte i wypełnione. Waga 48,2 kg.

Obwód klatki piersiowej przy wdechu 84,5 cm., przy wydechu 79,5 cm. Wymiar przednio-tylny 20 cm , poprzeczny 26,5 cm. Objętość życiowa klatki piersiowej 2300 cm.^{3}.

Plwocina — ilość dobowa 35 cm.^{3} cg 1006, bez składników patologicznych.

Krew. Hb 104%. Czerwonych ciałek 3.820.000
Białych „ 7.100
Neutrofilów 70%. Monocytów 4%. Bazofilów 0%. Limfocytów 25%.
Opadanie krwinek wg. Westergrena.
po 1 godz. 46
2 „ 81,5
24 „ 118.

Przypadek IV. z dn. 5. VII. 1935. Josek G., l. 54, handlarz. L 1576/101/35 Choruje od szeregu lat. Schudł i osłabł. Męczy się szybko przy chodzeniu. 5 maja r. b. krwotok płucny (około 1 szkl.), później stale krwioplucie. Gorączkował do 40°C. Apetytu brak. Męczący kaszel z trudno dającą się odkrztusić plwociną. Stolec zaparty co 2-3 dni. Mocz kilka razy dziennie w średniej ilości. Sen zły.

Rentgen. Lewe pole płucne na całej przestrzeni intensywnie drobno i grubo-plamiste zacienione. Pole płucne prawe zacienione podobnie w górnej ¼. W pozostałej części płuca prawego rysunek wybitnie wzmożony. Serce nie powiększone.

Rozpoznanie. Phtihisis pulmon utriusque declarat. fibrosocaseoso-cavernosa progr. Myodegeneratio cordis. Temp 37,3 tętno 80 na I' śr. napięte i wypełnione, waga 50,5. Wymiary: obwód klatki piersiowej przy wdechu 79,5 cm. przy wydechu 76.

Wymiar przednio-tylny 17,5 cm., poprzeczny 27,5 cm. Pirquet.

Plwocina — ilość dobowa 150 cm^3, śluzowo ropna, ciągnąca się. W rozmazie b. liczne limfocyty i nieliczne neutrofile. Prątki Kocha 5 — 10 w polu.

Mocz — ilość dobowa 1020 cm^3 cg. 1015, odczyn kwaśny. Mocz bez składników patologicznych.

Krew. Hb 100%. Czerwonych ciałek 3.370.000
Białych „ 7.220
Neutrofilów 68%, Monocytów 5%, Limfocytów 26%, Eozynofilów 1%, Bazofilów 0%. Opadanie kwinek wg. Westergrena po 1 godz 42.
2 „ 79
24 „ 112

Choremu podawano Synpectol 4 r. dziennie przed jedzeniem łyżkę deserową z wodą.

Temperatura przez cały okres 37°C. Tętno 80 na l' średnio napięte i wypełnione. Plwocinę lekko odkrztuszał w ilości dobowej 100 — 80 $cm.^3$. Na wadze przybył 1,4 kg. Stolec co 2-gi dzień. Dobowa ilość moczu około 1500 $cm.^3$. Duszność mniejsza. Samopoczucie lepsze. Dn. 31. VIII wypisał się na własne żądanie.

Z powyższych przykładów, cytowanych przez nas z pośród 23 chorych wynika, że u wszystkich chorych stwierdzono wybitne ułatwienie odkszuszania plwociny, aczkolwiek jej ilość naogół nie ulegała zwiększe-

niu. Niektórzy chorzy stwierdzili, że nie potrzebują najmniejszego wysiłku by odkrzytusić zalegającą plwocinę, wystarczyło słabe chrząknięcie, by plwocina lekko wydalała się.

Po pewnym czasie ilość jej znacznie zmniejszała się. Przy używaniu Synpectolu chorzy nie tracili apetytu, stolec był naogół regularny, nie zauważono, by podawany preparat działał obstrukcyjnie, jak to się często spotyka przy innych preparatach, w których skład wchodzi calcium. Zauważono, że plwocina nieco cuchnąca stawała się bezwonną. Duszność zmniejszała się. Apetyt poprawiał się. Samopoczucie na skutek ustąpienia męczącego kaszlu polepszyło się. Chorym przybywało na wadze. Ilość dobowa moczu nieco wzrastała. Chorzy wyrażali swoje zadowolenie z powodu doznanej ulgi.

Reasumując nasze spostrzeżenia, dochodzimy do wniosku, że w Synpectolu znaleźliśmy korzystny środek wykrztuśny.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

S. PARADE. *Serce w przebiegu schorzeń naczyń wieńcowych.* (Das Herz bei Koronarerkrankungen). Medizinische Klinik Nr. 29, 1935.

Badania nad przypadkami zawału mięśnia sercowego przyczyniły się w dużej mierze do poznania zależności między zaburzeniami krążenia w naczyniach wieńcowych a ,schorzeniami serca. Wzrost liczby schorzeń na tle zaburzeń krążenia w naczyniach wieńcowych tłumaczy się tą okolicznością ,iż coraz więcej ludzi osiąga obecnie wyższy wiek przeciętny niż dawniej.

Zmiany miażdżycowe w tętnicach wieńcowych występują w wieku od 40 do 55 lat. W okresie tym łatwo dochodzi do rozrostu błony wewnętrznej w wspomnianych naczyniach, co pociąga za sobą rozpad i schorzenia zakrzepowe tętnic wieńcowych. Opisane zmiany powodują zamknięcie tętnicy wieńcowej. W tych przypadkach chorzy często umierają nagle w zależności od zmian meteorologicznych.

Czynnikiem sprzyjającym zamknięciu tętnic wieńcowych jest cukrzyca. Według Eschbacha w połowie przypadków zakrzepów tętnic wieńcowych współistnieją zmiany zatorowo-zakrzepowe w obrębie naczyń mózgu. Cukromocz w przebiegu zakrzepów tętnic wieńcowych jest w ten sposób pochodzenia mózgowego. W przypadkach współistnienia cukrzycy i zakrzepu tętnic wieńcowych konieczna jest ostrożność przy stosowaniu insuliny, gdyż insulina wzmaga pracę serca.

Edelmann udowodnił, iż w dużym odsetku przypadków miażdżycy tętnic wieńcowych istnieje utajona cukrzyca. Występowanie cukromo-

czu i hiperglikemji w przebiegu zawału mięśnia sercowego tłumaczy się gorszem ukrwieniem trzustki, wskutek czego utajona postać cukrzycy przechodzi w postać jawną. Wobec przytoczonych danych wskazane jest leczenie djetetyczne w sensie zadziałania na stan przemiany węglowodanowej.

Ostatnio wykazano również związek między cierpieniami gośćcowemi a schorzeniami tętnic wieńcowych. Carssner stwierdził w 56 przypadkach współistnienie guzków Aschoffa i zmian w tętnicach wieńcowych. Przebyty gościec gorączkowy stwarza skłonność do schorzeń włóknistych tętnic wieńcowych i do przedwczesnej ich miażdżycy. Zmiany zapalne w przebiegu gorączkowego gośćca dotyczą prócz osierdzia, sierdzia i wsierdzia również tętnic wieńcowych.

Bardzo wiele rozważana jest ostatnio sprawa związku niedokrwistości ze zmianami sierdzia. Elektrokardjograficznie stwierdzono uszkodzenie sierdzia na tle niedokrwistości. Opisane są przypadki rozsianej martwicy w obrębie mięśni brodawkowych i wsierdzia lewej komory na tle niedokrwistości. Ogniska martwicy zostały spowodowane w danym wypadku niedoborem tlenu w zakresie mięśnia sercowego.

Büchner opisuje zmiany elektrokardjograficzne u królika po większej utracie krwi. Zmiany te polegały na obniżeniu odcinka RT. Po wysiłku odcinek RT stawał się ujemny, załamek T ulegał obniżeniu, często załamek T stawał się ujemny. Podobne zmiany udawało się wywołać również bez uprzedniego krwioupustu po większym wysiłku. Nadto w tym wypadku stwierdzono uszkodzenie sierdzia, które było zbliżone do zmian w przebiegu dławicy piersiowej u człowieka.

Liczni autorzy podkreślają związek między dławicą piersiową a niedokrwistością. U osób z niedokrwistością lub z nieznacznym zniekształceniem ujść tętnic wieńcowych na tle mesaortitis luetica po większym wysiłku wskutek wzmożonego zapotrzebowania tlenu może dojść do niedostatecznego ukrwienia mięśnia sercowego, co ujawnia się napadem dławicy piersiowej. Jeżeli powyższe objawy nie zawsze występują w przebiegu niedokrwistości, zależy to od większego stopnia rozszerzenia się łożyska tętnic wieńcowych.

W jednym przypadku wybitnej niedokrwistości występowały ciężkie napady dławicy piersiowej. Badanie pośmiertne nie wykazało zmian w tętnicach wieńcowych oraz w tętnicy głównej. W przypadku tym dławica piersiowa była uwarunkowana niestosunkiem między zapotrzebowaniem tlenu podczas wysiłku a ukrwieniem serca.

Zdaniem Blocha u chorych z dławicą wysiłkową przyczyną bólów w okolicy serca jest niedokrwistość. W przebiegu ciężkiej niedokrwistości często stwierdzano obniżenie odcinka RT i znaczne spłaszczenie załamka T oraz niski woltaż. W tych razach podawanie azotynów jest zbędne, natomiast pomyślnie działają przetwory wątroby i żelaza. Roko-

wanie w przebiegu niedokrwistości współistniejącej z napadami dławicowemi, jest te same, co niedokrwistości wogóle. W przeciwieństwie do poglądów Blocha doświadczalnie stwierdzono, iż po dużych krwioupustach krążenie w tętnicach wieńcowych wzmaga się. W związku z temi doświadczeniami Hochrein twierdzi, iż dławica piersiowa w przebiegu niedokrwistości występuje niezmiernie rzadko. Wogóle sprawa zależności dławicy piersiowej i niedokrwistości jest przedmiotem sprzecznych poglądów.

Kiła prawie nigdy nie występuje wzdłuż przebiegu tętnic wieńcowych, natomiast częste są zmiany kiłowe ujść tętnic wieńcowych. Przekrój ujścia tętnicy wieńcowej poniżej 7 mlm. świadczy o zmianach chorobowych. Zwężenie ujść tętnic wieńcowych powoduje skrócenie czasu trwania życia. Wymienionym zmianom towarzyszą dotkliwe bóle dławicowe.

W jednym przypadku kiły tętnicy głównej u chorego l. 21 wystąpiły ciężkie napady dławicowe. Wkrótce rozwinęła się niedomoga lewokomorowa i nastąpił nagły zgon (Sekundenherztod). Badanie pośmiertne wykazało całkowite zamknięcie ujścia lewej tętnicy wieńcowej z ciężkiem zwyrodnieniem tłuszczowem w obrębie całej lewej komory.

Bezpośrednią przyczyną nagłej śmierci w przebiegu schorzeń tętnic wieńcowych jest migotanie komór. To samo dotyczy również przyczyny śmierci spowodu zadziałania prądu o silnem napięciu (Starkstromtod).

Zimermann opisał 3 przypadki ciężkich zaburzeń krążenia w obrębie tętnic wieńcowych po podawaniu ergotaminy w przebiegu tyreotoksykozy. Stąd wynika konieczność zachowania ostrożności przy leczeniu ergotaminą chorych, dotkniętych jednocześnie tyreotoksykozą i niedokrwistością.

Związek napadów dławicowych z zaburzeniami żołądkowo-jelitowemi często zależy od czynników alergicznych. Opisane są przypadki wyleczenia napadów dławicowych po wyłączeniu alergenów z pożywienia oraz po odczuleniu zapomocą propeptonów

Badania statystyczne przemawiają przeciwko roli etjologicznej ty-

toniu i alkoholu. Jednak spożywanie tytoniu sprzyja napadom dławicowym i je potęguje.

Doświadczalnie udowodniono, iż zmiany elektrokardjograficzne zależą od niedoboru tlenu w obrębie mięśnia sercowego. Przepuszczanie krwi ubogiej w tlen przez tętnice wieńcowe u zwierząt doświadczalnych wywołuje zniekształcenie odcinka R—T i obniżenie lub odwrócenie załamka T.

Dietrich i Schwieg wykazali, iż znaczne obniżenie ciśnienia barometrycznego, powodując niedobór tlenu w oddychaniu, wywołują zmiany elektrokardjograficzne, podobne do zmian w przebiegu dławicy piersiowej. Stwierdza się obniżenie odcinka S—T poniżej linji izoelektrycznej i ujemny załamek T.

Obecnie udowodniono, iż podłożem dławicy piersiowej są zmiany organiczne tętnic wieńcowych lub zwężenie ujścia tych tętnic. Wszelkie obciążenie mięśnia sercowego prowadzi do objawów niedostatecznego ukrwienia i do napadów bólu, które są wywołane nagromadzeniem się produktów rozpadu w obrębie niedokrwionego mięśnia.

Występowanie napadów dławicowych może być wywołane przez zimno, podniecenie psychiczne oraz zbyt obfity posiłek.

Przestrzeganie ścisłego spoczynku przez leżenie w łóżku powoduje znaczną poprawę w przebiegu dławicy piersiowej. W dławicy wysiłkowej pomyślnie działa nitrogliceryna.

Ostatnio przypisuje się dużą wartość rozpoznawczą odczynom opadania krwinek w przebiegu zawału sierdzia

Postęp w leczeniu napadów dławicowych stanowią wstrzykiwania dożylne magnesii chlorati 5—10 cm^3 10% rozczynu w odstępach 2—3 dni. Po 12 wstrzykiwaniach zazwyczaj osiąga się wybitną poprawę. Działanie magnesii chlorati polega na rozszerzeniu światła tętnic wieńcowych.

Według Edensa w dławicy piersiowej pomyślnie upływa leczenie strofantyną. Zdaniem tego autora niedomoga mięśnia sercowego na tle miażdżycy tętnic wieńcowych wywołuje stan kurczowy tych tętnic. W ten sposób tłumaczy się skuteczność strofantyny, która usuwa niedomogę mięśnia sercowego jako czynnika wyzwalającego stan kurczowy tętnic wieńcowych.

Dr. N. Szyk.

——:o:——

BARBELLION. *Leczenie rzeżączki* Klinika im. Neckera. Oddział prof. L e g u e u (Journal Méd. de Paris. 1934, Nr. 29). przytacza poniższe dane dotyczące leczenia rzeżączki w warunkach szpitalnych:

1. Rzeżączka nieleczona lub leczona w sposób nieodpowiedni w ponad 50% przypadków szerzy się na cewkę tylną;

2. Żadna z metod leczniczych (przestrzykiwania, szczepionki, hemoterapja) nie przeciwdziała z bezwzględną pewnością powikłaniom, nawrotom, ani też przejściu sprawy chorobowej w stan przewlekły;

3. Przestrzykiwania (przemywania) nadmanganianem potasu stanowią najlepszą metodę leczniczą; zalety metody: szybkie zdrowienie, rzadkość nawrotów i stanów przewlekłych, niepowstawanie zwężeń cewki; wady: trudność stosowania w warunkach szpitalnych, o ile przestrzykiwania mają być wykonane prawidłowo (źle wykonane powodują często powikłania); przeciwskazania: rzeżączka ostra.

Rzecz oczywista, iż przestrzykiwania, wykonywane w warunkach pozaszpitalnych, w środowisku domowem, jeszcze częściej mogą wywołać niepożądane powikłania. Czy w tych razach należy uciekać się do szczepionek?

B a r b e l l i o n wypróbował wszystkie szczepionki, znajdujące się w sprzedaży, a również autoszczepionki w rozmaitem stężeniu:

1. Miejscowe stosowanie szczepionek (wstrzykiwania docewkowe szczepionek koloidowomikrobowych): w kilku przypadkach wyniki bardzo dobre, często jednak zdarzały się powikłania (metoda ta została następnie zaniechana);

2. Wstrzykiwanie szczepionek, w świeżych przypadkach 8, 10, 20, 30 wstrzyknięć co drugi dzień. Wyniki: 80% niepowodzeń (leczenie jedno — dwumiesięczne), 10% wyleczeń całkowitych (leczenie jedno — dwumiesięczne), 10% wyleczeń rzekomych (nawroty!).

3. Wstrzykiwania szczepionek z następowemi przestrzykiwaniami cewki (8, 10 wstrzyknięć, poczem w przypadkach niewyleczonych = 80% — przemywania).

4. Równocześnie przestrzykiwania i stosowanie szczepionek. Łączna metoda ta nie wykazuje przewagi nad zwykłemi przestrzykiwaniami ani ze względu na długotrwałość schorzenia, ani też na powikłania.

Wnioski ostateczne: Szczepionki (nawet wywołujące wysoką gorączkę i źle znoszone przez chorych) nie dają dobrych wyników w leczeniu rzeżączki.

Natomiast dobre wyniki osiągnął B a r b e l l i o n, stosując dawno znany lek Eumictine Leprince, który szybko wpływa na uśmierzenie bólów i zmniejszenie wycieku. Cechą ujemną metody stanowi konieczność długotrwałego jej stosowania, cechą zaś dodatnią — możność stosowania doustnego.

W skład Eumictiny wchodzą: santalol, salol, hexametylentetramina. Dawkowanie: 10 — 12 kapsułek na dobę.

W przypadkach rzeżączki ostrej, w których przestrzykiwania są przeciwwskazane Eumictina per se lub też łącznie z dwoma wstrzyknięciami dożylnemi Gonacriny (w ciągu tygodnia) stanowi, według B a r b e l l i o n'a, wybiórczą metodę leczniczą.

——:o:——

SUTTER. *O opuszczeniu żołądka.* (Die Magensenkung). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 31, sierpień 1935 r.

Najprostszą i najdogodniejszą metodą stwierdzenia opuszczenia żołądka jest *osłuchowe badanie dolnej granicy żołądka.* U leżącego chorego przykłada się słuchawkę do okolicy, odpowiadającej trzonowi żołądka czyli po stronie lewej w linji środkowej pod łukiem żebrowym. Jednocześnie poczynając z wspomnianego miejsca, prowadzi się opuszkę palca na powłokach brzusznych ku dołowi. Na dolnej granicy żołądka stwierdza się wówczas wyraźną zmianę odgłosu z jawnego na przytłumiony.

Należy jednak uwzględnić, iż niekiedy różnica ta może być spowodowana przez okrężnicę wypełnioną powietrzem.

Jeżeli u leżącego chorego dolna granica żołądka dochodzi do wysokości pępka, wówczas należy rozpoznawać opuszczenie żołądka. W pozycji stojącej granica ta mieści się niżej. Badanie rentgenowskie potwierdza wyniki opisanej metody. Jest rzeczą ważną, aby już na wstępie badania ustalić rozpoznanie opuszczenia żołądka, gdyż żołądek podczas obmacywania może przemieścić się ku górze i tem samem sprawa może być przeoczona.

Jako czynnik etjologiczny niekiedy wchodzi w rachubę nadmierny wysiłek fizyczny (dźwiganie ciężarów). Znamienne są bóle w okolicy dołka podsercowego przy schodzeniu w dół. Są to bóle z pociągania (Zugsschmerzen).

Leczenie ma przedewszystkiem na celu usunięcie niedowładu (atonji) żołądka. Śród wszystkich metod leczniczych posiada największe znaczenie masaż wibracyjny. Jest to leczenie pobudzające (Reiztherapie), które zwalcza atonję i usuwa opuszczenie żołądka. Do stosowania masażu wibracyjnego używa się aparatu „Penetrator", połączonego z pelotą z twardej gumy.

Leczenie składa się z 10 — 20 posiedzeń. Masaż wibracyjny stosuje się codziennie przed obiadem, przyczem aparat przykłada się do okolicy dolnej granicy żołądka i powoli prowadzi się do wpustu. Ruch ten powtarza się ku końcowi posiedzenia, które trwa 5 minut. Po skończonem masażu należy zbadać dolną granicę żołądka. Jeżeli granicę tę udaje się unieść, wówczas rokowanie jest pomyślne.

Zazwyczaj następuje wybitna poprawa samopoczucia już po pierwszem posiedzeniu. Jednak czasem po obiedzie dolegliwości się wznawiają. Następnie należy uwzględnić, iż po pierwszych kilku posiedzeniach wystąpić mogą bóle w obrębie odbytnicy. Objawy te nie stanowią wskazania do przerwania leczenia.

Leczenie podejmowane co 2-gi dzień wymaga podwójnej liczby zabiegów masażu.

Obok masażu wskazane jest uregulowanie diety. Potrawy ciężko strawne są przeciwwskazane. Posiłki winny być małe a częste. Po każdym posiłku chory winien leżeć przez 15 — 30 minut. Ciepłe okłady na okolicę żołądka i leżenie na prawym boku działają korzystnie.

Opaski są zdaniem autora zbędne. To samo dotyczy leczenia farmakologicznego. Jedynie stosować można następującą mieszankę:

Pulv. Strychni 0, 1
Pulv. rad. rhei 5,0
Natrii bicarb.
Magn. ustae áá 30,0

Mfp. S. na końcu noża przed posiłkiem.

Poprawa następuje powoli lub też nagle. Niekiedy po upływie ½ roku nastąpić może nawrót. W celu zapobiegawczym stosuje się masaż co 4 — 6 tygodni jednorazowo.

Przy starannem a dokładnem stosowaniu opisanej metody można uzyskać bardzo pomyślne wyniki.

Autor przeprowadził leczenie zapomocą masażu wibracyjnego w licznych przypadkach opuszczenie żołądka, uzyskując bardzo korzystne wyniki.

Szczególnie godne uwagi są przytoczone 8 przypadków opuszczenia żołądka. Uporczywe bóle szybko ustąpiły, chorzy odzyskiwali zdolność do pracy. W razie wystąpienia nawrotów po kilku latach zupełnego zdrowia, leczenie podejmowano ponownie We wszystkich nawet ciężkich przypadkach opuszczenia żołądka masaż wibracyjny powodował zupełne wyleczenie.

Dr. N. Szyk.

——:o:——

KRAUS — *„Przyczynki do leczenia chorób krążenia krwi pochodzenia zakaźnego“*. (Clujul Medical, 1934 r., N. 2, str. 120).

W leczeniu chorób serca u osób, dotkniętych miażdżycą tętnic i hypertonją, są, zdaniem autora, przedewszystkiem wskazane środki, obniżające ciśnienie krwi, w którym to kierunku bardzo okazały się skutecznemi przetwory Rhodan — Calcium — Diuretin i Jod — Calcium — Diuretin. W ostrych chorobach zakaźnych oddawał Cardiazol, będący jednocześnie silnym środkiem pobudzającym oddychanie, bardzo cenne usługi, również zapobiegawczo przeciwko uszkodzeniu serca. Pozatem stwierdzono w znacznej liczbie przypadków (425) skuteczność Cardiazolu także i w leczeniu arsenem syfilityków, jako środka zapobiegawczego przeciwko napadom nitritoidalnym.

——:o:——

Vioform w lecznictwie zapalenia krawędzi powiekowej. Klinika oczna. Rocznik 12, zeszyt 3, z 30/IX 34 r.

DOCENT ABRAMOWICZ. Blepharitis ulcerosa może być objawem ogólnego schorzenia lub cierpieniem czysto miejscowem, wywołanem głównie zakażeniem gronkowcowem. Wynik leczenia zależy nietylko od cierpliwości i troskliwości lekarza, ale także doboru odpowiedniego leku. Z tego punktu widzenia na specjalną uwagę zasługuje vioform, używany przez autora z powodzeniem w zapaleniu krawędzi powiekowej.

Leczenie przeprowadza się w ten sposób, że miejsca schorzałe oczyszcza się dokładnie oliwą, a następnie nakłada się proszek vioformowy na krawędź i owrzodzenia. W krótkim czasie dochodzi do epitelizacji owrzodzenia, przyczem proszek wraz z wyschniętą wydzieliną i komórkami tworzy jałową powłokę.

Vioform nie nadaje się do takiego leczenia, ponieważ działa słabiej, mniej wysusza, a w zetknięciu z wydzieliną rozkłada się. Autor ilustruje swój artykuł 3 historjami chorób, świadczącemi o doskonałym wyniku leczenia vioformem zapalenia powiek.

Dr. med. W. Kurowski.

——:o.——

H. WENDT. *O leczeniu choroby Basedowa dużemi dawkami witaminy A (Vogan).* (Ueber die Behandlung der Basedowschen Krankheit mit grossen Dosen Vitamin A) (Vogan). Münchener Medizinische Wochenschrift Nr. 29, 1935 r.

Dzięki pracom Abelina udowodniono, iż w doświadczalnej hipertyreozie osiągnięto ustąpienie objawów chorobowych po stosowaniu diety, obfitującej w witaminy A. i B. Dieta ta składała się z tranu, drożdży, żółtka, szpiku kostnego, świeżych owoców i jarzyn, chleba razowego i jogurtu. Późniejsze badania niezbicie wykazały, *iż witamina A jest bezpośrednim antagonistą wydzieliny tarczycy.*

Euler udowednił, iż wzrost wagi wywołany u szczurów przez stosowanie witaminy A (karotin) zostaje wstrzymany przez wstrzykiwanie tyroksyny. Hiperwitaminoza A ulega wyleczeniu po stosowaniu tyroksyny. Zahamowanie wzrostu i wzmożenie się przemiany podstawowej u szczurów po podawaniu tyroksyny daje się usunąć po stosowaniu witaminy A. Przeobrażenia kijanek, które ulegają przyśpieszeniu po dodaniu tyroksyny, wskutek zadziałania witaminy A zostają zahamowane. U zwierząt po wycięciu tarczycy zauważono, iż karotyna nie ulega przeróbce na witaminę A, wskutek czego barwik ten występuje w mleku, nadając mu żółte zabarwienie.

Autor stosował witaminę A (Vogan) w 5 przypadkach choroby Basedowa. Vogan jest stężonym rozczynem witaminy A, uzyskanej z tranu. W 3-ch przypadkach osiągnięto wyleczenie. Uzyskano znaczny przyrost wagi oraz obniżenie przemiany podstawowej W jednym przypadku chodziło o Jod - Basedowa, który jak wiadomo trudno poddaje się leczeniu. Po stosowaniu Voganu osiągnięto w tym przypadku wybitną poprawę. W innym przypadku współistniała ciężka niedomoga krążenia i rozległe zmiany mięśnia sercowego. Po 3-ch tygodniach objawy niedomogi krążenia ustąpiły, tak samo objawy nerwowe uległy znacznej poprawie.

Podczas leczenia witaminą A należy podawać duże dawki. Autor stosował 3 r. dz. po 30 kr. czyli 145.000 jednostek biologicznych dziennie. Mimo tak dużych dawek objawów hiperwitaminowych nie spostrzegano. Oczywiście w przebiegu leczenia należy kontrolować poziom witaminy A we krwi.

Ostatecznych wniosków co do wartości leczniczej Voganu nie można jeszcze wysnuwać Należy sprawdzić. czy uzyskane obniżenie przemiany podstawowej jest trwałe i czy nie wystąpiły nawroty. W każdym razie leczenie operacyjne po uprzedniem przygotowaniu zapomocą jodu dotychczas nie utraciło swego znaczenia Jest rzeczą możliwą, iż podawanie Voganu stanowić będzie wartościową metodę przygotowawczą do operacji. Szczególnie wskazane jest leczenie Voganem w przebiegu Jod - Basedowa.

Na podstawie spostrzeganych przypadków autor zaleca stosowanie

Voganu w średniociężkich i lekkich postaciach choroby Basedowa oraz przy opornych na leczenie przypadkach Jod - Basedowa.

Dr. N. Szyk.

——:o:——

Prof. Dr. HANS FISCHER. *W sprawie ostrego zatrucia środkami nasennemi i jego leczenia.* (Ueber die akute Schlafmittelvergiftung und ihre Therapie). Schweizerische medizinische Wochenschrift, Rocznik 65, Nr. 20, str. 441 — 446, 18/V 1935 r.

Autor omawia na wstępie farmakologiczne i toksykologiczne właściwości środków nasennych, a do rzędu używanych przez samobójców zalicza także dial i cibalginę. Przy leczeniu zatruć środkami nasennemi kładzie główny nacisk na pobudzenie słabnącego krążenia. Ze środków pobudzających krążenie ośrodkowo wymienia w pierwszym rzędzie coraminę — zaleca ją stosować jednocześnie dożylnie (3 — 5 cm^3.) i domięśniowo (5 $cm.^3$), ponieważ przy injekcji dożylnej występuje silne działanie krótkotrwałe, które w lekkich przypadkach wystarcza do zupełnego przebudzenia, w ciężkich jednak zatruciach jest niewystarczające. Przez wytworzenie śródmięśniowego dépôt (injekcja może być wrazie potrzeby kilkakrotnie powtórzona) pobudzające działanie coraminy może być znacznie przedłużone. Dzięki swej rozległej skali terapeutycznej znalazła coramina o wiele większe zastosowanie w leczeniu zatruć środkami nasennemi, niż kofeina i t. p. Wskazana jest także terapja naparstnicą z powodu typowego uszkodzenia ściany kapillarów w zatruciu środkami nasennemi, bo, jak wiadomo, naparstnica ma nietylko wpływ na serce, ale również wydatnie działa na kapillary. Przez zastosowanie naparstnicy dyfusja tlenu polepsza się, co poprawia arterjalizację krwi. Ze środków podnoszących ciśnienie krwi autor wymienia adrenalinę, efedrynę, sympatol. Dożylne wprowadzenie wapnia podnosi działanie tych preparatów.

Dr. med. W. Kurowski.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

INSTYTUT SPRAW SPOŁECZNYCH.

Komunikat informacyjny Nr. 210/C, Z, L, Insp.

(sierpień 1935 r.)

Czego się trzeba uczyć od austrjackiego Czerwonego Krzyża?

W miejscowości St. Pölten w Austrji odbyło się niedawno uroczyste zebranie drużyn ratowniczych Czerwonego Krzyża. Drużyny te liczą oko-

ło 10.000 członków i rozporządzają 100 samochodami sanitarnemi. Rozwijają one żywą działalność w zakresie pierwszej pomocy i ratownictwa w przemyśle, na wsi i w sporcie.

W czasie zjazdu odbyły się dwa sensacyjne pokazy. W pierwszym przedstawiono eksplozję w fabryce w specjalnie do tego celu wystawionym budynku. W drugim pokazie przedstawiono zderzenie dwuch pociągów. W obu wypadkach członkowie drużyn rozwinęli sprawną akcję ratunkową, udzielając pierwszej pomocy ofiarom katastrof i przewożąc je jak najszybciej do szpitali.

Zjazd połączony był z wystawą, na której przedstawiono szereg interesujących eksponatów z zakresu higjeny i bezpieczeństwa pracy, pierwszej pomocy w nieszczęśliwych wypadkach i katastrofach, oraz z zakresu walki z chorobami i t. p

Ta działalność kulturalno - społeczna austrjackiego Czerwonego Krzyża zwrócona jest w kierunku zagadnień praktycznych, przedewszystkiem ochrony zdrowia przy pracy i zasługuje na naśladownictwo w Polsce. —

TREŚĆ:

REDAKTOR:
w/z Dr. Med. Aleksander Kiciński

ADRES REDAKCJI:
Al. Ujazdowskie 34 tel. 9.67-75

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.

Druk. „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7, tel. 5.04-91.